FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — **THÈSE** N° 312

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 4 Mai 1904 à 1 heure.*

PAR

**Marcel BRUGUIÈRE**

Né à Saint-Sériès (Hérault), le 13 Juillet 1871

DES

# FAUX CANCERS
# DE L'ESTOMAC

*Président :* M. TILLAUX, *professeur.*

*Juges :* M. KIRMISSON, *professeur.*
MM. BROCA (Aug.), MAUCLAIRE, *agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° —

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 4 Mai 1904 à 1 heure.*

PAR

**Marcel BRUGUIÈRE**

Né à Saint-Sériès (Hérault), le 13 Juillet 1871

DES

# FAUX CANCERS
## DE L'ESTOMAC

*Président :* M. TILLAUX, *professeur.*

*Juges :* M. KIRMISSON, *professeur.*
MM. BROCA (Aug.), MAUCLAIRE, *agrégés*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

**PARIS**

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**H. JOUVE**

15, rue Racine, 15

1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | CH. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et Chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | HUTINEL.<br>BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils | RECLUS. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT. |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | BROUARDEL |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | |
| Clinique médicale | HAYEM.<br>DIEULAFOY.<br>DEBOVE.<br>LANDOUZY. |
| Maladie des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | TILLAUX.<br>LE DENTU.<br>TERRIER.<br>BERGER. |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN.<br>PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |

### Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD
AUVRAY
BESANÇON
BONNAIRE
BROCA (AUG.).
BROCA (ANDRÉ)
CHASSEVANT
CUNEO
DEMELIN
DESGREZ
DUPRE
FAURE
GILLES DE LA TOURETTE
GOSSET
GOUGET
GUIART
HARTMANN
JEANSELME
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGRY
LEGUEU
LEPAGE
MARION
MAUCLAIRE
MERY
POTOCKI
REMY
RENON
RICHAUD
RIEFFEL (chef des travaux anat.)
TEISSIER
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MES SŒURS

A MES BELLES-SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'Hôpital de la Charité
Président de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Avant d'aborder l'étude de ce modeste travail, nous tenons à exprimer ici à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux nos plus vifs sentiments de gratitude pour les conseils éclairés et les enseignements qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études.

Nous n'aurons garde d'oublier les maîtres de la Faculté de Montpellier qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine.

Partout nous avons pu recueillir le fruit de leurs leçons et de leur expérience si fécondes ; et nous sommes heureux aujourd'hui de leur adresser nos plus sincères remerciements.

Que M. le Professeur Tillaux veuille bien nous permettre de lui exprimer toute notre reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

# Des Faux Cancers de l'Estomac

---

## INTRODUCTION

### Définition.

Le terme de faux cancer peut paraître inexact puisqu'en pathologie il ne doit pas y avoir de fausses maladies, mais seulement de faux diagnostics. Néanmoins comme à chaque instant on emploie des termes analogues dans l'étude des maladies, on dit bien, en effet, faux croup, faux tabes, fausse angine de poitrine, pourquoi n'emploierait-on pas le terme de faux cancer puisque ce terme s'applique à des états pathologiques qui pour n'être pas fréquents n'en existent pas moins assez souvent. Nous définirons donc le faux cancer une maladie non cancéreuse qui par suite de la prédominance d'un symptôme ou par la constitution d'un syndrome donne l'apparence d'un épithéliome.

De prime abord il paraît difficile de ne pas reconnaître de suite le cancer de l'estomac. Cette affection présente en effet des symptômes si nets dont quelques-uns si caractéristiques. En présence d'un malade, âgé de quarante à cinquante ans, et présentant de l'anorexie et de la dyspepsie, de l'anémie et de l'amaigrissement, souffrant, ayant vomi du sang noir, présentant une tumeur dans la région épigastrique ou dans l'hypochondre gauche, ayant de la suppression ou de la diminution de la sécrétion chlorhydropeptique, le diagnostic s'impose et personne n'hésite à dire cancer de l'estomac. Mais tous ces symptômes qui par leur réunion forment un faisceau de preuves entraînant le diagnostic du médecin, pris isolément perdent beaucoup de leur valeur. Si en pathologie une maladie se présente d'une façon bien définie avec un cadre bien net, il n'en est pas de même malheureusement en clinique où l'évolution d'une affection organique est loin d'être toujours identique. Bien rarement donc dans l'évolution clinique du cancer de l'estomac on trouvera réunis tous les symptômes énumérés plus haut, beaucoup de signes manqueront et parfois des plus importants. Comme conséquence le diagnostic devient délicat, il y a souvent erreur d'interprétation, on méconnaît un cancer qui existe réellement, on croit à un cancer qui n'existe pas. Est-il besoin de rappeler deux cas pour ainsi dire historiques de faux cancers. A l'âge de quarante-quatre ans, H. Milne Edwards, le célèbre naturaliste, fut atteint de troubles dyspep-

tiques tels qu'on crut à l'existence d'un cancer gastrique ; il mourut vers quatre-vingts ans naturellement d'une autre maladie. Claude Bernard succomba, comme on le sait, à des accidents urémiques qui simulèrent pendant plusieurs mois un cancer de l'estomac.

En présence donc de la grande variabilité que présentent les symptômes du cancer de l'estomac et de la facilité avec laquelle cette affection est méconnue, il devient intéressant d'étudier certaines des maladies pouvant être confondues avec le néoplasme stomacal et de voir quel est le moyen de différencier ces faux cancers du véritable cancer gastrique.

## *Division*

Dans l'étude des faux cancers nous en distinguerons deux grandes variétés :

I. — Les faux cancers avec tumeur seule pouvant siéger à l'estomac ou dans son voisinage, ou les faux cancers avec tumeur, hématémèse et cachexie.

II. — Les faux cancers sans tumeur avec cachexie ou les faux cancers sans tumeur avec cachexie et avec hématémèses.

Dans cette étude nous insisterons en particulier sur la linite plastique ou maladie de Brinton, sur la syphilis stomacale et sur la gastrosuccorrhée.

## Faux cancers avec tumeur

Le siége de la tumeur peut être au niveau de l'estomac ou en dehors de lui.

### *Tumeurs à l'estomac.*

C'est Andral qui le premier a distingué du cancer de l'estomac certaines gastropathies à l'occasion desquelles un pronostic grave avait été porté et cependant les malades ont guéri. « Souvent on a méconnu la « véritable nature des altérations auxquelles donnait « lieu l'hypertrophie d'une ou plusieurs tuniques de « l'estomac ou des intestins : on a regardé par exem- « ple, comme des tissus nouveaux développés de « toutes pièces au sein des parois gastro-intestinales « ces parois mêmes, simplement hypertrophiées dans « quelques-unes de leurs tuniques. Ainsi l'on appelle « cancer un simple épaississement du tissu sous-mu- « queux ; autant aurait valu donner ce nom à l'épais- « sissement du tissu cellulaire qui entoure d'anciens « ulcères cutanés ou à l'induration qui, dans certai- « nes maladies du poumon, frappe le tissu cellulaire « interlobulaire »

De plus Andral soutenait que l'hyperplasie conjonctive se développait le plus souvent au pylore dont elle rétrécissait l'orifice d'où ressemblance d'autant plus grande avec le cancer.

*Linite plastique.*

Le terme a été créé par Brinton pour désigner une affection spéciale de l'estomac caractérisée anatomiquement d'après l'auteur anglais par les principaux symptômes suivants : teinte grisâtre et opaque de l'estomac qui est dur, comme cartilagineux au toucher, ne s'affaissant pas par son propre poids. Les parois six ou huit fois plus considérables que normalement crient sous le scalpel : les différentes tunique restent distinctes et sont inégalement hypertrophiées, l'épaississement étant plus marqué dans le tissu aréolaire de la sous-muqueuse et dans la sous-séreuse.

Cette affection a été étudiée par Andral, par Cruveilher qui dans son anatomie pathologique la décrit sous le nom d'hypertrophie de l'estomac avec induration, par Bricheteau qui dans ses cliniques de l'hôpital Necker écrivit un chapitre intitulé : « Affection squirrheuse de l'œsophage et du pylore, différence entre cette maladie et le cancer » ; par Lebert qui indique comme caractère important propre à différencier l'hypertrophie du pylore du cancer de cet organe la durée de la maladie qui est de treize mois en moyenne dans le cancer et qui peut atteindre 4,5 et 10 ans dans l'hypertrophie. En Angleterre Handfield Jones et Habershon confirment les idées d'Andral et de Cruveilher. Brinton étudie l'affection à fond et lui donne le nom de linite plastique.

Trousseau, Jaccoud, Lebert, Hanot, Gombault, Letulle confirment les recherches de Brinton.

Au point de vue des lésions observées elles sont très variables, soit que l'estomac soit pris dans sa totalité, soit que une seule de ses parties soit atteinte et alors le plus souvent c'est l'orifice pylorique. De même l'estomac peut être seul envahi et être libre de toute adhérence. D'autres fois il existe de graves altérations des tissus voisins, principalement du péritoine ce que Gombault et Hanot ont étudié sous le nom de rétro-péritonite calleuse.

Macroscopiquement on est frappé de la coloration grisâtre de l'estomac, de son opacité particulière. La densité de l'organe est accrue, sa consistance est dure, cartilagineuse. Enlevé de l'abdomen et déposé sur une table, il conserve sa forme qui est celle d'un ovoïde irrégulier. On l'a, comme aspect, comparé au côlon transverse. Sa capacité peut être réduite à 150 ou 200 centimètres cubes. A la coupe on note la dureté de ses parois qui résistent et crient sous le scalpel ; après section elles restent séparées et béantes. Leur épaisseur est variable, parfois six ou huit fois plus épaisse qu'à l'état normal. L'hypertrophie n'est jamais du reste répartie d'une façon égale et uniforme et présente, le plus souvent, une augmentation progressive à mesure qu'on se rapproche du pylore.

La muqueuse est pâle et anémiée, tantôt lisse et tantôt rugueuse. Les plis normaux persistent et peuvent être accentués, on a même cité des saillies ou

des végétations. Sa consistance peut être augmentée ce qui grâce à la laxité du tissu sous muqueux permet dans certains cas de l'enlever par lambeaux. Le plus souvent la muqueuse adhère intimement avec les plans profonds auxquels elle est réunie par de véritables tractus conjonctifs. Elle peut enfin présenter des plaques ecchymotiques et même de légères exulcérations localisées le plus souvent au voisinage de la région pylorique.

La sous-muqueuse présente le maximum d'hypertrophie. Elle peut acquérir un volume jusqu'à dix ou vingt fois supérieur à son volume normal. A l'œil nu elle a un aspect blanc et nacré. De sa face profonde partent des travées qui sous forme de filaments blancs dissocient la couche musculaire et vont rejoindre le tissu sous-séreux.

La couche musculaire est hypertrophiée ; mais ce n'est pas surtout une hyperplasie des fibres musculaires, c'est une invasion de ce tissu par les travées conjonctives parties de la sous-muqueuse.

La celluleuse sous-péritonéale est hypertrophiée et Brinton en ferait volontiers le point de départ de la lésion.

Quant au péritoine il est sain dans certains cas, altéré et considérablement épaissi dans d'autres.

Tous les organes voisins peuvent être atteints de sclérose. L'intestin en particulier présente un épaississement de ses parois et la diminution de calibre de l'organe peut aller jusqu'à l'oblitération complète. Quant aux ganglions lymphatiques, dans le

cas de Hanot et Gombault, ils étaient petits et rétractés présentant des lésions d'inflammation interstitielle.

Microscopiquement, le péritoine peut être très altéré, son épithélium étant remplacé par quelques rares cellules irrégulières. La couche sous-péritonéale et la sous-muqueuse présentent des trousseaux fibreux denses et volumineux, dirigés dans tous les sens, d'aspect ondulé et formant parfois de véritables tourbillons. Ce tissu fibreux présente parfois une grande abondance de petites cellules arrondies diffuses ou disposées en amas irréguliers.

Les lésions de la muqueuse sont celles de la gastrite chronique. Les tubes glandulaires peuvent être simplement écartés les uns des autres par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Ou bien les glandes sont allongées, étirées au niveau de leur portion superficielle, tandis que leur extrémité profonde se renfle et donne l'aspect de formations kystiques remplies de mucus et de cellules. Les glandes peuvent avoir même complètement disparu.

La *muscularis mucosæ* est envahie par de fines travées fibreuses parties de la sous-muqueuse. Il y a hypertrophie des amas lymphoïdes existant normalement au niveau de la *muscularis mucosæ*.

### *Nature et pathogénie.*

Pour Andral, Cruveilher, Handfield Jones, c'est une sclérose hypertrophique. Wilks émet l'hypo-

thèse de l'origine péritonéale du processus scléreux. Brinton discute l'analogie de la linite et du cancer et finit par la repousser. Pour Hanot et Gombault il est impossible de qualifier autrement que du nom de gastrite chronique les lésions observées sur la muqueuse stomacale.

Pour Garret la lésion est un cancer conjonctif sous-muqueux. Pour lui l'aspect est tout à fait semblable dans son ensemble à celui que l'on rencontre dans les tumeurs sous-cutanées ou intramusculaires que l'on désigne sous le nom de sarcomes fusiformes.

Bouveret rejette l'idée de la dégénérescence cancéreuse. Pour lui c'est une affection inflammatoire, une gastrique chronique un peu spéciale ; c'est un œdème chronique et induré de la sous-muqueuse causée par une oblitération plus ou moins étendue des voies lymphatiques.

Pour Huchard, les lésions de l'estomac sont sous la dépendance de l'artério-sclérose.

Quand au professeur Brissaud, pour lui les lésions ressemblent à une sclérose quelconque d'origine inflammatoire.

## *Etiologie.*

Les causes de la linite sont encore peu connues. On invoque les mêmes causes que pour la gastrite chronique. On invoque en particulier l'alcoolisme et le traumatisme (maladie de Hare). Le sexe a peu

d'influence, toutefois un peu plus de fréquence chez les hommes. Quant à l'âge il est très variable. Pour Brinton l'âge moyen serait de 34 ans.

*Symptômes.*

On peut distinguer dans l'évolution de la linite deux périodes. Selon que la maladie est limitée à l'estomac ou qu'elle a au contraire envahi le péritoine.

Sa première phase est caractérisée par des troubles vagues : digestion difficile, pesanteur après les repas, variations de l'appétit le plus souvent diminué, parfois conservé, vomissements pituiteux, douleurs peu vives. Ces phénomènes peuvent durer longtemps, un an et plusieurs années, la maladie subissant une évolution progressive ou présentant des accalmies plus ou moins longues.

Plus tard le tableau clinique se précise. Le malade éprouve après les repas des tiraillements douloureux, des nausées, des éructations, des régurgitations, les vomissements alimentaires surviennent. Quant aux hématémèses, pas toujours constantes, elles sont légères ne s'accompagnant pas souvent de melœna. Les douleurs sont spontanées et souvent exagérées par la pression. Le malade est pâle, amaigri, cachectique. Pour certains il ne présenterait pas la teinte jaune paille, caractéristique des cancéreux. Pour d'autres auteurs il a l'aspect typique du néoplasique. Le système ganglionnaire est rarement pris.

La région abdominale est en général rétractée. On reconnaît à la palpation ou bien un empâtement diffus de toute la région épigastrique, ou bien une tumeur dure oblongue, dirigée transversalement. Cette tumeur peut être limitée à la région pylorique.

Parfois l'exploration est obscure quand l'estomac est rétracté contre la colonne vertébrale ou quand il y a ascite. Trousseau a signalé la présence de frottements péritonéaux perceptibles par la main appliquée sur la région épigastrique. Plus tard dans les cas de rétro-péritonite calleuse (Hanot et Gombault) l'épiploon gastro-hépatique forme une masse dure sclérosée comprimant les organes aboutissant au foie. Bientôt apparaissent l'ascite, la constipation, parfois une véritable occlusion intestinale. Les vomissements augmentant de fréquence, parfois il y a une véritable intolérance gastrique. La cachexie devient extrême, l'œdème des jambes puis l'anasarque apparaissent précédant de peu la mort. On a noté une fois l'ictère par compression des voies biliaires.

Lorsque la lésion stomacale est localisée la symptomatologie est un peu modifiée. Si c'est au pylore on a les signes d'une sténose bénigne de l'organe, caractérisée par la lenteur de l'évolution.

### *Etat de la sécrétion gastrique.*

Observation de Gabbi.

1. *Examen du liquide d'un vomissement.* — Odeur nauséeuse ; absence complète d'HCL, traces de peptones, beaucoup d'acide lactique, pas de glucose, au microscope pas de sang, ni de cellules de la muqueuse.

2. Après repas d'épreuve : absence d'HCL, traces très faibles de peptone, acide lactique abondant, présence de glucose.

Observation de Rosenhein : absence d'HCL présence d'acide lactique.

Observation de Chaput : Mathieu avait constaté la présence d'HCL dans le suc gastrique.

Observation de Boas : 1) absence d'HCL, réaction d'Uffelmann positive, ferments diminués ; 2) absence d'HCL, acide lactique abondant ; 3) Beaucoup d'acide lactique, pas d'HCL libre.

Dans les trois cas pas de sarcines, mais des bacilles allongés filiformes.

En somme le plus souvent diminution considérable et même absence complète d'HCL libre.

### *Diagnostic.*

Difficile à établir pendant la vie, c'est le plus souvent une découverte d'autopsie.

Dans la plupart des cas l'affection est prise pour

un cancer. La longue durée de la maladie qui peut aller jusqu'à huit ou dix ans, la lenteur de la cachexie coïncidant avec la constatation d'une tumeur oblongue, cylindrique, régulière dans la région épigastrique, des hématémèses légères, la conservation relative de la fraîcheur du teint, l'absence de ganglions pourront faire penser à la linite.

Mais l'affection est bien loin de se présenter toujours avec cet aspect et dans les cas difficiles l'examen du suc gastrique qui tranche parfois le diagnostic, le laissera en suspens ou résoudra le problème en faveur du carcinome. Comme dans le carcinome, en effet, dans la plupart des observations on note la diminution presque complète et même l'absence d'HCL.

Brinton pour différencier les affections donne surtout des signes anatomo-pathologiques. En faveur de la linite il invoque la plus longue durée la maladie, la distinction qui persiste entre les différentes tuniques de l'estomac, l'état du tissu musculaire qui est ordinairement respecté, le travail de condensation et de construction qui réduit le tout en une masse presque cartilagineuse, passant rarement à l'état crétacé, ne se ramollissant jamais.

Pour Bouveret la linite se caractérise par l'absence de suc à la pression et au raclage, les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints de néoplasie épithéliale. Dans tous les points envahis il n'y a pas trace d'éléments épithéliaux. Hâtons-nous de dire que la linite plastique est une affection assez rare

et que le plus souvent le diagnostic sera porté au cours d'une intervention qui sera dans la plupart des cas la gastro-entérostomose.

La durée est assez longue, mais l'évolution progressive et fatale est la mort.

*Indurations inflammatoires.*

Il suffit de citer pour mémoire la rétraction de l'épiploon formant tumeur dans la péritonite tuberculeuse.

La confusion entre cette forme de péritonite tuberculeuse et le cancer ne pourra se faire qu'à la période ultime des deux affections, et dans ce cas le plus souvent l'évolution des deux maladies mettra sur la voie du diagnostic. Dans les cas de doute la ponction exploratrice rendra les plus grands services et l'examen cytologique du liquide dans la péritonite bacillaire, son ensemencement, l'inoculation au cobaye décèleront l'invasion du péritoine par le bacille de Koch.

Il en est de même de la sténose pylorique par calculs biliaires avec péricholécystite. Mais il est bien rare, si le malade n'a pas présenté de coliques hépatiques nettes qu'on ne retrouve pas dans ses antécédents certains petits signes de la lithiase biliaire : d'abord des troubles digestifs, inappétence, saveur amère de la bouche, état saburral, constipation ou diarrhée bilieuse. Le malade accusera des douleurs

épigastriques, des crampes d'estomac comme il les appellera, assignant ainsi à ces douleurs un caractère spasmodique.

On pourra retrouver aussi les douleurs hépatiques vagues indiquées par Fauconneau-Dufresne. Les malades accuseront une sensation de plénitude et de tension pénible dans l'hypochondre droit, sensations douloureuses exaspérées par la marche, la course, l'équitation, les mouvements brusques. Parfois on pourra percevoir de la crépitation calculeuse par l'exploration digitale de la vésicule.

Enfin, l'examen des urines dénotera la présence des pigments biliaires soit normaux, soit modifiés et en particulier de l'urobiline. Mais bien souvent le diagnostic restera hésitant, car rien ne ressemble plus à la dyspepsie cancéreuse que la dyspepsie d'origine biliaire.

Les ulcères de l'estomac peuvent former tumeur de plusieurs manières et simuler à s'y méprendre un cancer. D'abord par induration inflammatoire des bords de l'ulcération, ou bien par péritonite circonscrite.

Dans le premier cas, surtout dans les formes chroniques d'ulcus, on perçoit par la palpation de la région épigastrique une espèce d'induration plutôt que de tumeur. Cette tumeur résulte de l'épaississement des bords de l'ulcération qui ont tendance à devenir calleux, de la péritonite périgastrique et des adhérences avec les organes voisins. Chez certains individus amaigris, lorsque l'ulcus siège à la face

antérieure de l'estomac, on peut quelquefois percevoir de bonne heure l'épaississement dû à l'ulcère lui-même, mais en général cette constatation est rendue difficile par la situation profonde de la lésion. Lorsque la tumeur a pour substratum des lésions pyloriques et que la sténose du pylore a amené la dilatation de l'estomac avec stase permanente, on comprend la difficulté du diagnostic et combien il peut être malaisé de décider s'il y a oui ou non un cancer primitif du pylore et plus encore s'il y a un carcinome secondaire à un ulcus. La laparotomie exploratrice peut seule être capable de faire cesser une hésitation qui dure encore parfois sur la table d'autopsie. Quand l'ulcération a marché très lentement, les adhérences protectrices ont eu le temps de se faire. Ainsi se font des adhérences plus ou moins étendues et qui peuvent gêner d'une facon plus ou moins marquée la motricité de l'estomac, en amener la déformation et provoquer des douleurs par les tiraillements qu'elles produisent. On pense au carcinome et parfois ce n'est qu'au moment où une perforation se fait, où des complications septiques se produisent, que la laparotomie faite pour obvier aux accidents peut lever tous les doutes.

Ce qui complique encore plus la question c'est la transformation peu fréquente il est vrai de l'ulcère en cancer.

Dans tous ces cas le chimisme gastrique rendra beaucoup de services.

*Syphilome de l'estomac.*

La syphilis de l'estomac s'observe assez rarement ; on peut compter les observations anatomiques et cliniques publiées jusqu'à ce jour. Pourtant c'est une lésion gastrique qui est loin d'être sans intérêt pour le clinicien. Si on arrive, en effet, à poser le diagnostic exact, le traitement spécifique arrêtera l'évolution de l'affection en peu de jours et amènera une guérison complète.

Les recherches de Chiari donnent une idée de la fréquence de la syphilis gastrique. Cet auteur a examiné systématiquement l'estomac de 243 syphilitiques morts d'affections diverses. Sur ces 243 spécifiques, il y avait 145 cas de syphilis héréditaire et 98 cas de syphilis acquise. Or il n'a rencontré que trois fois des lésions nettement spécifiques de l'estomac; deux fois il a trouvé des gommes, une fois à l'autopsie d'une syphilis héréditaire, une fois à l'autopsie d'une syphilis acquise. Il n'a observé une infiltration diffuse de la paroi, probablement d'origine syphilitique, que dans un seul cas chez un syphilitique héréditaire. Dans les 240 autopsies restantes les lésions de l'estomac, lorsqu'il en existait, ne relevaient pas de l'infection syphilitique, d'une façon directe tout au moins.

La syphilis gastrique se présente sous les trois formes de gastrique chronique, d'ulcère rond et de

tumeur pseudo-cancéreuse, la dernière forme simulant beaucoup le néoplasme. Les quelques autopsies de syphilis gastrique publiées permettant de se faire une idée des lésions de l'estomac. Dans un cas de Cornil qui ne peut pas du tout laisser place à un doute, puisque la lésion de l'estomac coïncidait avec des gommes du foie à diverses périodes d'évolution, on constatait sur la petite courbure et près du pylore trois tumeurs saillantes légèrement déprimées au centre dont le plus grand diamètre était de 5, 3 et 2 centimètres. Elles étaient développées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Le tissu néoplasique avait une consistance fibreuse et une coloration jaunâtre. A côté de ces gommes se trouvait une cicatrice dure, blanchâtre et d'aspect rayonné. Les ganglions de la petite courbure tuméfiés et indurés adhéraient à l'estomac et au tissu conjonctif voisin. Les tumeurs étaient constituées par du tissu conjonctif dense, vasculaire, et par des amas de petites cellules conjonctives.

Le ramollissement d'une gomme conduit à la formation d'un ulcus dont l'extension est peut-être favorisée par l'action digestive du suc gastrique. Cet ulcère en général est assez superficiel. Birch Hirschfeld a rapporté quatre cas de ce genre : dans un cas il existait une gomme de la grosseur du poing dans le foie et dans la région pylorique une plaque longue, jaunâtre, épaisse, avec une ulcération superficielle, formée d'un tissu semblable au tissu cicatriciel ; dans un autre cas il existait une ulcération dans l'estomac

et des gommes dans le jéjunum. Parfois l'ulcération se fait assez vite pour amener la perforation d'un vaisseau. Galliard a rapporté un fait des plus nets dû à Murchison. Le malade avait succombé à une hématémèse ; à l'autopsie on nota un foie ficelé nettement syphilitique et au centre de l'ulcération on voyait une artériole ouverte.

Les symptômes des lésions syphilitiques de l'estomac paraissent assez variables et simulent d'assez près un cancer de l'estomac. Dans le cas de Cornil où le malade n'avait que des gommes sans ulcères, les symptômes digestifs étaient assez vagues et l'on ne trouve pas noté dans l'observation de douleurs intenses, de vomissements.

Par contre lorsque l'ulcération se crée, elle paraît déterminer des douleurs aussi violentes que l'ulcus simplex. Dans les cas cliniques rapportés par Andral, par Dieulafoy, le malade était arrivé à un degré de cachexie extrême par suite de l'impossibilité de l'alimentation. Il semble, en effet, que le régime lacté absolu n'ait pas les effets favorables que l'on observe dans l'ulcère simple de l'estomac. Les douleurs persistent aussi violentes jusqu'au jour où le médecin institue le traitement mercuriel et ioduré.

On observe aussi parfois des hématémèses. Le professeur Fournier a rapporté à ce sujet une observation des plus intéressantes. La malade dont il a raconté l'histoire ancienne syphilitique avérée, se mit, à présenter des hématémèses à répétition, qui rapidement l'amenèrent à un degré de dépérissement

très menaçant. Il mit sa malade à l'iodure de potassium et les accidents cessèrent. Sept ans après, les mêmes phénomènes se reproduisent: la malade était alors en Italie. Malgré ses supplications, aucun médecin ne veut lui donner d'iodure. Elle revient à Paris, consulte Fournier, qui de nouveau a recours au traitement spécifique et les accidents gastriques cessent aussitôt.

Dans certains cas on perçoit au-dessous de l'appendice xyphoïde, soit une tuméfaction diffuse, soit une tumeur nette, soit une large plaque indurée de dimensions variables. Tout cela disparaît sous l'influence de l'iodure de potassium.

Freeman Ward raconte le fait suivant paraissant presque invraisemblable. Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, souffrant depuis longtemps de l'estomac (dyspepsie très accusée, douleurs, hématémèses, vomissements marc de café, émaciation, imminence de mort par inanition, pas de tumeur gastrique appréciable). On se décide à une intervention chirurgicale et l'on trouve le pylore occlus par une tumeur du volume d'une orange ; vu l'état du malade, on se contente de pratiquer une gastro-entérostomie et l'on prescrit empiriquement de l'iodure de potassium. En quelques semaines grande amélioration. On ouvre de nouveau le ventre six semaines plus tard et on ne trouve plus trace de tumeur. Deux observations du professeur Fournier ne sont pas moins concluantes.

Un de ses malades traité pour la syphilis revient

le trouver à propos de troubles gastriques sérieux. A l'examen du malade il constate au niveau du pylore une tumeur qui lui donne l'impression d'un cancer. Toutefois eu égard aux antécédents du malade il le met au traitement ; guérison. Un autre malade, âgé de 71 ans, vient le trouver pour lui demander conseil au sujet d'une opération qu'on lui avait conseillée pour tumeur de l'estomac. Le malade présente des troubles gastriques très accentués et notamment des troubles accusant un certain degré de sténose pylorique. A l'examen on trouve une tumeur, facilement accessible en raison de l'amaigrissement, siégeant au pylore, dure, de la forme et du volume d'une belle mandarine. Bref, Fournier a l'impression d'un cancer. En raison des antécédents spécifiques du malade, avant de conseiller l'intervention, il met le malade au traitement spécifique. Guérison du malade.

Ainsi que ces observations peuvent le démontrer la syphilis est susceptible de produire des tumeurs gastriques qui, de par elles-mêmes comme de par les symptômes qui en résultent et leur évolution, peuvent absolument simuler le cancer de cet organe. Malheureusement le diagnostic est difficile, tout au plus peut-on signaler que même en pleine évolution du faux cancer syphilitique l'iodure de potassium est très bien toléré par l'estomac.

*Tumeurs au voisinage de l'estomac.*

Les tumeurs formées par la vésicule biliaire (hydropisie, lithiase, cholécystite avec péritonite partielle) peuvent en imposer pour un cancer du pylore. Assurément la vésicule biliaire est située normalement plus à droite, mais cette différence de siége ne suffit pas le plus souvent.

Un malade de Teissier de Lyon présentait une induration pylorique des plus accusée avec vomissements fréquents. On crut à un cancer. Or, cette tumeur disparut un jour après l'expulsion d'un calcul gros comme une amande. Pour mémoire il suffit de mentionner le cancer de la vésicule biliaire qui peut être primitif, le cancer de l'ampoule de Vater, les tumeurs circonscrites du foie, les péritonites localisées.

Huchard cite le cas d'une malade présentant au niveau de la vésicule biliaire une tumeur que l'on rapportait à un cancer du pylore.

Elle mourut accidentellement et l'on trouva simplement une tumeur constituée par la lobulation du foie due à l'action prolongée du corset. Ce fait se rapproche de ceux des lobes flottants du foie caractérisés par l'existence d'une masse de tissu hépatique formant tumeur et souvent rattachée à l'organe par un pédicule plus ou moins épais.

Sans doute ces lobes flottants siègent le plus sou-

vent à droite de la vésicule biliaire mais comme ils sont mobiles on peut les trouver un peu partout dans la cavité abdominale et même à la région épigastrique. Il s'agit là de déformations congénitales, ou acquises par la pression continue d'un corset trop serré. Mais comme Schwartz le fait remarquer il faut admettre qu'il y a toute une catégorie de lobes flottants liés aux lésions lithiasiques de la vésicule. Ils forment des tumeurs et s'accompagnent de troubles gastriques. Ces faits cliniques sont rares, mais il faut y songer dans certains cas pour éviter les erreurs de diagnostic.

*Corps étrangers et tumeurs stercorales.*

Delore (de Lyon) signale le fait suivant : Un malade très amaigri atteint de vomissements incessants présentait une tumeur à la partie inférieure de l'épigastre. Celle-ci qui avait été prise pour un cancer disparut rapidement après l'expulsion de fragments de charbon de Belloc qui s'étaient enchatonnées dans un diverticule stomacal.

Il faut mentionner aussi les pseudo-tumeurs stercorales qui ont pu induire en erreur des cliniciens tels que Trousseau et Barth.

**Faux cancers sans tumeur avec cachexie.**

*Maladie de Reichmann ou gastro-succorrhée.*

Sous ce nom on entend, d'après Soupault, un état morbide caractérisé comme il suit : présence dans l'estomac à jeun (après douze heures de jeûne) d'un liquide dans lequel on trouve une quantité assez faible de matières alimentaires difficiles à reconnaître à l'œil nu. Ce liquide peut être aussi complétement dépourvu d'aliments. Il est alors constitué par du suc gastrique plus ou moins pur. Ce liquide contenu dans l'estomac à jeun peut être en quantité assez considérable : il peut atteindre 200 à 250 centimètres cubes et même davantage. Dans un certain nombre de cas la sonde ramène au contraire une très faible quantité de liquide. Ces faits établissent la transition entre la gastro-succorrhée et l'hyperchlorhydrie pure. La gastro-succhorée se distingue des stases proprement dites par l'absence d'aliments épais, facilement reconnaissables à l'œil nu et non délayés dans une grande quantité de liquide.

Le liquide retiré par la sonde est nettement acide. Son acidité totale varie de 0,50 à 1 pour 1000 aux environs de 2 à 2,50 pour 1000 et parfois davantage. Il renferme une quantité relativement élevée d'HCL libre avec une proportion relativement faible de

chlorures fixes et d'HCL combiné. L'acidité totale est due presque exclusivement à l'HCL libre ou combiné. Dans certains cas particuliers, dans les gastro-succorrhées anciennes, l'hyperacidité peut faire complétement défaut. Sans s'arrêter à la discussion pour savoir si la gastrosuccorrhée est une entité morbide ou simplement un syndrome il faut reconnaître que les traits communs sont assez nombreux entre le cancer et les formes invétérées de l'hypersécrétion. Dans les deux cas c'est à peu près le même amaigrissement, la même perte des forces, le même aspect cachectique, presque le même facies. Cependant en y regardant de près on voit apparaître de nombreux caractères différentiels.

La décoloration du visage et des muqueuses est bien plus marquée chez le cancéreux que chez l'hypersécréteur, celui-ci a plus d'amaigrissement que d'anémie. L'hypersécréteur est malade depuis bien des années, son affection a déjà dépassé la durée moyenne d'un cancer et au début il a comme des périodes de très grande amélioration survenant même spontanément. La marche du cancer est beaucoup plus rapide et l'aggravation y est à peu près régulière et continue ; s'il y survient une courte amélioration elle est plutôt due au traitement ou à une meilleure hygiène alimentaire. L'anorexie du cancéreux est remarquable par sa tenacité et sa résistance à toute médication, elle va souvent jusqu'au dégoût absolu de la viande et des aliments gras.

L'hypersécréteur a le plus souvent un appétit nor-

mal, quelquefois même exagéré ; durant les périodes de fortes douleurs et de vomissements fréquents, il mange moins, mais si ces douleurs et ces vomissements viennent à cesser son appétit ne tarde pas à reparaître. Le vomissement marc de café n'a pas de valeur, au contraire le vomissement alimentaire peut beaucoup servir au diagnostic : celui du cancéreux contient de la viande intacte nullement digérée, celui de l'hypersécréteur est exclusivement composé de pain et de légumes, la viande y fait défaut, ou si elle existe, elle est en état de digestion. Le plus souvent le cancer n'est pas réellement douloureux, l'hypersécrétion l'est à peu près toujours à un très haut degré. La douleur de l'hypersécrétion survient après le repas, celle du cancéreux est moins périodique.

Mais il y a des exemples de cancer gastrique avec hyperchlorhydrie et même avec hypersécrétion, de même que dans la maladie de Reichmann il peut y avoir contraction tonique de la musculeuse stomacale donnant à la palpation de la région épigastrique une sensation de résistance qui fait croire parfois à l'existence d'une tumeur. D'où difficulté du diagnostic.

### *Achylie gastrique.*

Certains états sont caractérisés par un défaut permanent de sécrétion du suc gastrique, c'est l'achylie gastrique de Max Einhorn. Il en distingue trois formes : l'une latente sans aucun trouble apparent de

la santé ; la deuxième à prédominance gastrique avec symptômes intestinaux très légers ; la troisième à prédominance intestinale avec symptômes gastriques très légers.

Cette affection est susceptible d'amélioration, elle peut avoir une durée très longue, un cas, d'après l'auteur américain, aurait duré 40 ans.

Dans ces cas d'achylie gastrique on peut croire à un cancer de l'estomac en raison du défaut de sécrétion gastrique. Mais l'absence de tumeur, d'hémorrhagie et d'acide lactique dans l'estomac, la longue durée de l'affection, permettent d'établir le diagnostic de faux cancer.

### *Dyspepsie nerveuse.*

Elle affecte deux formes d'après Bouveret : l'une bénigne, l'autre grave. Lorsque cette dernière aboutit à la perte considérable du poids (15 kilogr. en quelques mois), à l'aspect le plus profondément cachectique, on ne peut se défendre de l'idée d'un cancer de l'estomac, et c'est là d'ailleurs une erreur de diagnostic assez fréquente d'autant plus que dans ces cas la sécrétion d'HCL a beaucoup diminué.

Chez ces malades qui continuent à manger d'une façon presque normale l'absorption ne se fait pas et il leur arrive ce qui se produit comme le dit Cl. Bernard pour les animaux qui ébranlés par les vivisections, mangent avec voracité, paraissent digérer et cependant maigrissent jusqu'à mourrir d'inanition.

Chez les neurasthéniques et les hystériques on peut observer des spasmes des orifices de l'estomac, rarement du cardia plus souvent du pylore, pylorisme hystérique. Voici un exemple rapporté par Richelot. En 1887, un homme hystérique, présentant une hémianesthésie gauche, depuis cinq ans, avait des vomissements continuels avec dilatation considérable de l'estomac. On porte le diagnostic de cancer du pylore on opère, on tombe sur un estomac parfaitement sain dont le pylore était souple et normal. Là se borne l'intervention qui agit sur le malade d'une façon suggestive et détermine la guérison.

Pour terminer le sujet il faudrait parler des différentes hématémèses, de celles qui peuvent survenir dans la gastrite ulcéreuse, dans l'urémie gastro-intestinale, chez les hystériques.

Le champ des erreurs de diagnostic lorsqu'il s'agit de cancer de l'estomac est vaste. Il est donc bon de connaître les principales causes d'erreur et d'être persuadé de la difficulté parfois grande du cancer stomacal.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

*Présentation d'une tumeur du pylore prise pendant la vie pour un cancer.* Broca. *Bull. Soc. anatomique*, 1850.

Cette pièce provient d'une femme d'environ 50 ans, qui présentait depuis plusieurs années des troubles digestifs graves avec vomissements presque continuels ; ces vomissements ont diminué pendant les deux derniers mois de l'année. Peu avant la mort survient un anasarque avec œdème pulmonaire. Au palper abdominal on sentait une tumeur dure et profonde au niveau du pylore, et qui, malgré l'absence d'hématémèses, avait fait diagnostiquer un cancer du pylore.

A l'autopsie, l'estomac est petit avec une sténose pylorique très marquée, le canal égalant à peine un tuyau de plume.

A la coupe on voit les tuniques hypertrophiées augmentant progressivement de gauche à droite pour aller se confondre avec la tumeur pylorique.

Celle-ci occupe uniformément tout le pourtour de l'ouverture pylorique ; elle possède de toutes parts une épaisseur de 1 cent. 1/2. Du côté du duodénum, elle s'arrête brusquement et fait une saillie analogue à celle du museau de tanche dans le

vagin. La coupe de la tumeur est ferme, non homogène, sans aucun suc; on y distingue bien les différentes couches hypertrophiées. La surface interne de la muqueuse a conservé sa mollesse et n'est nullement ulcérée ; il n'y a pas d'adhérences entre la séreuse et les organes voisins. Les ganglions lymphatiques n'ont subi aucune augmentation de volume.

L'examen microscopique confirme bien cette opinion qu'il ne s'agit pas d'un cancer. Le tissu de la tumeur se compose des éléments normaux de la région pylorique hypertrophiés et mêlés à une grande quantité d'éléments fibro-plastiques.

A propos de cette observation, M. Lebert insiste sur la durée de la maladie qui est en moyenne de 13 mois dans le cancer et peut atteindre 4, 5 et 10 ans dans l'hypertrophie.

## OBSERVATION II

*Snellen, Canstatt, Jahrbericht*, 1856.

Homme âgé de 52 ans. Comme symptômes cliniques : vomissements immédiatement après l'ingestion des aliments ; douleurs dans les reins et dans le dos ; tuméfaction (à la main) de toute la région épigastrique, faiblesse progressive ; inappétence, œdème des jambes et ascite. La durée de la maladie a été de 2 ans. On a trouvé à l'autopsie les lésions suivantes : hypertrophie sous-muqueuse des parois stomacales, au voisinage du pylore. Dans la muqueuse, altérations de gastrite chronique.

A l'examen microscopique : tissu compact, fibreux ; hypertrophie des fibres musculaires enlacées dans la tumeur fibreuse.

## OBSERVATION III

Leudet. *Bull. Soc. anat.*, 1853

Leudet présente une hypertrophie simple des parois de l'estomac, trouvée chez un homme amaigri, ayant présenté des vomissements sans tumeur épigastrique. Le pylore est sain ; la paroi de l'estomac communiquait avec une poche purulente accolée au foie, offrant dans ce point une perforation qui a produit une péritonite ; le cardia est rétréci et la tunique musculeuse est hypertrophiée à son niveau sans apparence de cancer. Cette pièce, examinée au microscope par MM. Leudet et Robin, ne contient, en effet, pas de cancer.

## OBSERVATION IV

Schoch. Thèse inaug. Zurich 1857.

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui souffrait de l'estomac depuis l'âge de 16 ans. A l'autopsie, on trouve une dilatation énorme de l'estomac avec hypertrophie considérable du pylore, portant sur toutes ses couches principalement sur la musculeuse. Le pylore mesurait 14 millimètres d'épaisseur ; à 2 centimètres du pylore l'épaississement était moindre. à 6 centimètres l'épaisseur était redevenue normale. Le microscope montra l'augmentation des fibres musculaires jeunes, augmentation et épaississement du tissu conjonctif intermusculaire.

La muqueuse et la sous-muqueuse sont épaissies et montrent seulement du tissu conjonctif avec très peu de glandes très bien conservées. A l'endroit où l'épaisseur est la plus considérable la couche musculaire représente les deux tiers et les autres couches 1/3.

## OBSERVATION V

*Hare. Path. Soc. med. trans., t. IV et Mémoire de Hanot et Gombault.*

M. D..., âgée de 33 ans; pas de cancer dans ses antécédents héréditaires ; n'a jamais eu de maladies antérieures.

De 12 à 17 ans, elle fut ouvrière en chapeaux de paille et elle avait pris l'habitude, en travaillant, de presser sur son fer avec la paroi abdominale pour produire plus de force.

Quatre ou cinq ans avant d'entrer à l'hôpital, elle commença à ressentir une sensation de vide, et parfois des douleurs lancinantes au creux épigastrique ; les vomissements, rares au début, survinrent après plusieurs fois par jour. Ils ont continué, avec des interruptions pouvant durer jusqu'à trois mois. Durant les trois dernières années, ils ont été très fréquents, tantôt alimentaires quand ils venaient après les repas, tantôt constitués par un liquide clair. Au début de la maladie ils ont été quelquefois semblables à du marc de café.

Un an environ avant d'entrer à l'hôpital, la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale qui était d'abord globuleuse, très mobile, analogue à un œuf, et avait éveillé l'idée d'un corps étranger de l'estomac. M. Greenhalgh,

qu'elle consulta à ce moment, pensa à un cancer de la rate en raison du siége de la tumeur et de l'apparition récente d'une petite tumeur près de l'ombilic. Lorsque le Dr Hare vit la malade pour la première fois elle avait une pleurésie à gauche, elle était pâle sans teint jaune ; souffrait dans le côté gauche et à l'épigastre ; elle vomissait de temps à autre. La douleur était exagérée par la moindre pression ; néanmoins la palpation permit de constater l'existence d'une tumeur située au-dessous des cartilages sous-costaux gauches ; elle ne présentait pas nettement les caractères d'une tumeur splénique. Au niveau de la majeure partie de la tumeur il y avait à la percussion une certaine sonorité. Rien autre, si ce n'est une petite tumeur sous-cutanée, d'environ un pouce 1/2 de diamètre, au niveau de la région ombilicale. L'ombilic en occupait la moitié ; de temps en temps il s'en écoulait un liquide séreux. La malade mourut le 27 février.

*Autopsie.* — Liquide pleural abondant à gauche. Le foie et les intestins sont recouverts d'une couche de fausses membranes épaissies. Le foie est un peu augmenté de volume. La rate mesurait 4 pouces 5/8 de long sur 2 de large et 1 1/4 d'épaisseur. Aucun viscère abdominal, pas plus que le mésentère, et les ganglions lymphatiques n'offrent la moindre apparence de néoplasie carcinomateuse. L'estomac très épaissi est un peu diminué de volume ; il mesure 6 pouces 3/4 de long, sur 4 1/4 de large, et 2 3/8 d'épaisseur ; le plus grand diamètre est dirigé verticalement. Lorsqu'on l'ouvre, on voit que l'épaisseur des parois varie entre 3/4 de pouce et 1 pouce 1/2. La

cavité diminuée ne contiendrait pas plus de 4 à 5 onces de liquide.

La coloration générale de l'estomac est gris-cendré ; il n'existe aucune trace de néoplasie carcinomateuse. La muqueuse n'est ulcérée en aucun point : elle présente quelques rugosités. La coupe montre quatre couches distinctes : la couche péritonéale ; la musculaire, la sous-muqueuse, plus opaque et beaucoup plus épaisse que les autres, qui ne contient que des fibres de tissu cellulaire et des fibres élastiques lâchement entrecroisées et infiltrées de sérum ; au-dessus la muqueuse qui ne contient pas de cellules cancéreuses. La tumeur ombilicale, située dans le tissu sous-muqueux et adhérente à la peau, ne contient pas de cellules cancéreuses.

M. Clover a examiné également des tuniques de l'estomac et la tumeur et n'a rien trouvé qui indiquât la présence d'éléments cancéreux.

Un examen micro-chimique très complet, pratiqué par le professseur Lionel Beale, a démontré que la tumeur paraît composée surtout de tissu fibreux contenant dans ses mailles un liquide albumineux.

## OBSERVATION VI

Wilks. *Path. Soc. med. trans.* t. VIII et Mémoire de Hanot et Gombault.

Femme de 44 ans, entrée en décembre 1861 à Guy's Hospital, dans le service du Dr Wilks. C'est une blanchisseuse

très légèrement alcoolique. Depuis quelques semaines, elle se plaignait de douleurs abdominales et de tympanisme, sans autres symptômes. A son entrée elle était très mal, ce qui joint à l'ascite fit penser à un cancer du péritoine.

Après trois semaines de séjour à l'hôpital elle mourut de péritonite.

A l'autopsie, la liquide ascitique enlevé, le péritoine apparaît opaque et épaissi, transformé par inflammation chronique.

Toute la masse intestinale est comme resserrée dans le mésentère ; le grand épiploon est rugueux et rétracté, le côlon est également rétracté.

L'estomac est dur et épais comme un ballon de caoutchouc.

Une coupe montre que sa paroi est considérablement épaissie ; au niveau du pylore elle atteint jusqu'à un pouce d'épaisseur. Cet épaississement est dû à l'hypertrophie du tissu musculaire, et à la production en grande quantité de tissu fibreux dans la couche sous-muqueuse.

Le tissu sous-muqueux est très résistant et de coloration blanc et terne. L'examen microscopique indique qu'il n'est composé que de tissu fibreux. La couche musculaire avait un demi pouce à un pouce d'épaisseur. La couche péritonéale était transformée en un véritable tissu fibreux très dense.

Cette hypertrophie de la paroi stomacale s'observait du pylore au cardia et s'étendait même un peu sur l'œsophage. Au niveau de la petite courbure, il y avait comme une large bande ; l'examen microscopique montra qu'il n'y avait là aucun élément anatomique adventice.

Le gros intestin était altéré comme l'estomac, mais à un bien moindre degré. Le côlon transverse, l'S iliaque et le rectum, étaient les parties les plus altérées.

Ici encore, les tuniques étaient fort épaissies et sous la couche musculaire grise et transparente s'étendait un tissu sous-muqueux très dense.

Pas d'altération du foie ni des autres organes abdominaux.

## OBSERVATION VII

Carrière. — *Bull. Soc. anat.*, 1863.

*Hypertrophie partielle de l'estomac.*

R... Olympe, 52 ans. Rachitique depuis l'âge de 7 ans. Meurt le 26 mars 1863, après avoir présenté depuis 4 mois des vomissements d'abord aqueux, puis alimentaires presque continuels ; ces vomissements s'accompagnaient de douleur à la région épigastrique, sans que la palpation ait pu révéler aucune tumeur.

A l'autopsie, on trouve l'estomac hypertrophié. L'altération siège dans la portion pylorique et occupe la petite courbure dans presque toute son étendue jusqu'à 1 centimètre du cardia. La grande courbure est hypertrophiée dans une étendue qui varie de 4 cent. 1/2 à 5 centimètres, la face antérieure l'est dans la même étendue, la postérieure dans une étendue moins considérablement. Les portions saines et malades se confondent insensiblement. La valvule pylorique

a son épaisseur normale. Au niveau de la face antérieure atteignent un centimètre ; la muqueuse est normale ; la celluleuse atteint de 5 à 8 millimètres, et forme une couche blanche et très résistante ; la musculeuse mesure de 2 à 8 millimètres suivant les régions ; elle est traversée par des tractus fibreux blancs allant de la couche celluleuse à la couche sous-péritonéale ; la tunique péritonéale est épaisse d'un millimètre.

Sur le péritoine on voit des points opaques, blancs, autour desquels les vaisseaux sont hypertrophiés.

L'examen microscopique fait par M. Cornil démontre la présence du tissu musculaire et du tissu cellulaire sans mélange d'aucun élément hétérogène,

## OBSERVATION VIII

Trousseau, *Cliniques*, t. III.

*Estomac diminué de volume, parois très épaissies en certains points, hypertrophie fibreuse considérable.*

Homme, âgé de 55 ans, entré à l'hôpital au commencement de 1856. Depuis quelque temps il vomissait tous ses aliments, et aurait maigri de plus de 40 livres dans l'espace de trois mois ; il était très constipé. Jamais de fièvre, son teint avait conservé une fraîcheur remarquable. Cependant les vomissements étaient incessants. En dehors même des repas il rendait une grande quantité de liquides glaireux, de plus ces liquides étaient quelquefois mélangés à des matières noirâ-

tres, ressemblant à de la suie délayée, qui caractérisent les vomissements du cancer.

Aucune tumeur circonscrite à l'examen de la région épigastrique. Toutefois, quand, la main sur le creux de l'estomac, je faisais faire de grandes inspirations, je sentais une espèce de frottement qui me semblait produit par les parois d'un estomac induré. On porta le diagnostic du carcinome de l'estomac.

Le mal fit de rapides progrès, le patient ne pouvait plus être alimenté, et il ne tarda pas à mourir.

A l'autopsie, on trouva un estomac diminué de volume ; nous ne rencontrâmes aucune trace de tumeur ; mais la musculeuse hypertrophiée se confondait avec la couche celluleuse, à laquelle elle adhérait intimement à l'aide d'un tissu fibro-plastique. La muqueuse paraissait détruite. En quelques points, la paroi de l'organe mesurait jusqu'à 2 cent. 5 d'épaisseur.

M. le professeur Richet étudia cet estomac et rechercha s'il existait quelques éléments de tissu cancéreux. Il me dit avoir déjà eu plusieurs fois l'occasion de voir des estomacs dans ces conditions n'offrant comme celui-ci qu'une hypertrophie fibreuse, avec destruction presque totale de la muqueuse, mais sans traces de productions hétéromorphes.

## OBSERVATION IX

Ballet. *Bull. Soc. anat.*, 1877, p. 644.

W..., 59 ans. Entré à l'hôpital à la fin de février 1876. Habitudes alcooliques invétérées. Souffre depuis plusieurs

mois au niveau de la région épigastrique et digère difficilement. Il a fréquemment des vomissements de matières glaireuses, et aurait même eu des hématémèses. La pression de la région épigastrique est douloureuse : elle permet cependant de sentir une plaque dure, large, occupant une grande partie de l'épigastre. Amaigrissement : pas de teinte jaune paille.

*Diagnostic.* — Carcinome de l'estomac. Pendant le mois de mars état stationnaire ; quelques vomissements alimentaires. Plus tard l'ascite se développe, les jambes s'œdématient, la prostration survient et le malade meurt le 5 avril.

*Autopsie.* — Ascite colorée en rouge ; foie petit et dur avec granulations. Estomac rétracté et collé contre la colonne vertébrale. Son volume est celui du côlon transverse : sa surface est lisse, sans adhérences.

A la coupe : pas d'ulcération de la muqueuse. Les parois très épaissies mesurent 3 centimètres environ au niveau du pylore. Leur tissu, dur et lardacé, sans suc, crie sous le scalpel.

La celluleuse très augmentée, contribue plus que la musculaire à donner la consistance lardacée. La muqueuse est peu épaissie. L'épaisseur des tuniques diminue progressivement en se rapprochant de la grosse tubérosité qui cependant est un peu épaissie.

*Examen microscopique.* — Sur la muqueuse, les lésions varient suivant les points observés : au niveau de la partie moyenne, l'épithélium n'est plus reconnaissable ; les culs-de-sac glandulaires sont très dilatés, et renferment de grosses cellules en dégénérescence muqueuse et de la matière muqueuse libre ; ils sont rompus sur quelques points. Au

voisinage du pylore, les glandes sont peu altérées, le tissu conjonctif péri-glandulaire a proliféré et donne à la muqueuse un aspect villeux. La *muscularis mucosæ* est épaissie sur certains points, amincie sur d'autres.

La couche celluleuse, épaissie dans toute son étendue, est formée par du tissu fibreux, et présente une véritable sclérose. Les vaisseaux artériels y sont dilatés, comme variqueux. La couche musculaire est notablement hypertrophiée et parcourue par de nombreuses travées conjonctives.

Du côté du foie existe une cirrhose commençante.

## OBSERVATION X

Schmidt. *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1881.

*Atrophie généralisée, cirrhose de l'estomac avec disparition des glandes à pepsine.*

Marie H..., 56 ans, taille 1 m. 55, entrée le 25 septembre 1880, à l'hôpital Saint-Charles. Alcoolique. Bien portante jusqu'à la fin de 1872, moment où apparaissent les troubles gastriques caractérisés par : diminution de l'appétit, pyrosis, douleurs, pituite, vomissements glaireux, bilieux, puis alimentaires. Une hématémèse au début. A son entrée, elle est pâle, cachectique, rappelant la teinte jaune paille des cancéreux ; les vomissements surviennent, tantôt quelques minutes, tantôt une heure après les repas ; pas d'hématémèses pendant quatre mois qu'elle passe à l'hôpital, pas de tumeur à la palpation. Plus tard apparition d'un œdème qui

ne tarda pas à se généraliser ; puis la malade tomba dans le subdélirium et succomba le 13 janvier. A l'autopsie : ascite, diminution de tous les organes abdominaux. Le pancréas pèse 30 grammes, au lieu de 70. Le foie pèse 640 grammes au lieu de 1400. La rate, 37 au lieu de 195 grammes. Le rein droit 20 grammes. Le rein gauche 30 grammes au lieu de 167 grammes. Le cœur et les poumons sont aussi atrophiés. Tous ces organes sont sains.

L'estomac, très petit, rappelle une anse du colon. Les parois sont un peu épaissies. Il ne présente ni tumeur, ni ulcération, ni cicatrice. La contenance est de 105 centimètres cubes, il mesure du cardía au pylore 7 centimètres au lieu de 12 et la grande courbure n'a que 15 centim. 5 au lieu de 25.

Au microscope, on note une altération considérable de la muqueuse gastrique, caractérisée surtout par l'augmentation du tissu fibreux péri-glandulaire.

En certains points les tubes glandulaires ont disparu et la muqueuse est uniquement constituée par le tissu conjonctif, ailleurs la paroi des glandes se confond intimement avec le tissu conjonctif ambiant qui se présente sous l'aspect d'un feutrage très serré de fibrilles entre lesquelles sont intercalées des noyaux fortement colorés.

## OBSERVATION XI

Bezançon. *Bull. Soc. anat.*, 1892, p. 802.

Malade entré le 22 juillet 1892. Service de M. Faisans.

Agé de 41 ans, teinturier, présente depuis un an des vomissements un quart d'heure après les répas avec douleur.

Actuellement : taille 1 m. 50, pas d'amaigrissement. On pense à une gastralgie d'origine nerveuse avec un peu d'alcoolisme. A partir d'octobre, il maigrit et les vomissements augmentent. L'analyse des urines donne 3 gr. 57 d'urée par jour; l'analyse des vomissements de la journée donne 1 gr. 865 d'urée. Au moment de la mort, survenue le 22 décembre, l'urine ne contenait plus que 3 gr. 30 d'urée par jour, sans sucre ni albumine.

*Autopsie.* — Rétrécissement du pylore laissant à peine passer une sonde cannelée. Ce rétrécissement était formé de tissu dur, scléreux, blanchâtre, ne donnant pas de suc au râclage ; pas d'ulcération muqueuse, mais au point le plus rétréci il y avait une saillie pédiculée polypiforme. L'estomac était un peu dilaté. Les autres viscères sont atrophiés. Au point de vue histologique les coupes de la tumeur montrent : la muqueuse semble détruite et à son niveau on ne trouve plus que quelques cellules aplaties au milieu du tissu conjonctif. Au-dessus de la surface libre de la tumeur on voit se détacher de longs boyaux, formés de couches variables, à noyau très réfringent et un peu granuleux : ces boyaux cellulaires semblent disséquer le fibres musculaires sous-jacentes. La tunique fibreuse est très hypertrophiée, mais les boyaux cellulaires ne semblent pas y avoir pénétré. On note de la péri-artérite et de l'endartérite.

Les parois de l'estomac présentent : la muqueuse dont les culs-de-sac glandulaires sont le plus souvent envahis de cellules rondes embryonnaires : entre ces glandes existe une néoformation embryonnaire considérable. La sous-muqueuse a des vaisseaux à parois épaissies et à épithélium desquamé. La musculeuse et la fibreuse sont très hypertrophiées.

M. Bezançon fait le diagnostic d'épithélioma atypique : M. Cornil pense qu'il s'agit d'un état inflammatoire chronique, sans cancer.

## OBSERVATION XII

Chaput et Pilliet, *Bull. Soc. anat.*, 1896.

*Linite hypertrophique non cancéreuse, gastro-entérostomie par le bouton de Chaput. Examen histologique* par M. Pilliet.

A. G..., âgé de 55 ans, entre le 10 janvier 1896 à l'hôpital Tenon.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 62 ans avec vomissements, diarrhée, selles sanglantes, inappétence depuis quelque temps. Mère morte à 61 ans. Asthmatique.

Il a eu quatre enfants dont un seul est encore vivant.

En mai 1895, le malade commence à ressentir de la pesanteur et des douleurs épigastriques une heure 1/2 environ après les repas. Ensuite vient la perte de l'appétit et le dégoût du vin et de la viande qui était cependant bien digérée.

En juillet 1895 constipation opiniâtre, on soulagea le malade en lui faisant des lavages de l'estomac qu'il a continué depuis deux ou trois fois par semaine. Ces lavages soulagent immédiatement ses douleurs d'estomac et lui redonnent de l'appétit.

En décembre 1895 il négligea ses lavages et eut des vomissements alimentaires pour la première fois ; les aliments

rendus dataient de la veille ou des jours précédents ; des noyaux de cerise furent expulsés huit jours après leur ingestion. Il y a six semaines, le malade présenta pendant six jours environ quelques pituites le matin au réveil et quelques vomissements noirs, chocolat, abondants, qui furent suivis de méloena.

M. Mathieu le vit il y a trois semaines et reconnut la présence d'HCL dans le suc gastrique. Depuis le malade n'a plus vomi sous l'influence du traitement.

Le malade est très amaigri, sa peau est sèche, rigide, peu élastique. Dans la région sus-ombilicale on trouve une tumeur oblongue, de consistance variable, qui semble être l'estomac hypertrophié et contracté. Pas de clapotement, pas de ganglions inguinaux ni sus-claviculaires. La malade a quelquefois les chevilles enflées, il est légèrement artério-scléreux. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Opération le 15 janvier 1896 avec l'aide de M. G. Marchant. L'estomac est hypertrophié, épaissi, surtout dans la région pylorique, où sur une longueur de trois travers de doigt la consistance est dure. On pratique la gastro-entéro-anastomose à l'aide du bouton de Chaput. Le malade meurt le 11 janvier.

*Autopsie.* — Péritoine intact, sutures très bonnes et imperméables.

L'estomac est petit, épaissi ; la musculeuse mesure 3 à 4 millimètres ; cet épaississement cesse rapidement du côté du duodénum, il se poursuit en mourant sur l'estomac. Le canal pylorique étalé mesure 8 à 10 millimètres de circonférence, partout la muqueuse est saine.

Examen histologique des lésions stomacales. La muqueuse présente les lésions d'une gastrite intense surtout interglan-

dulaire. Les culs-de-sac pelotonnés des glandes pyloriques sont proliférés. Le tissu sous glandulaire est épaissi et toute sa trame est chargée de cellules inflammatoires. Il s'ensuit que la couche de glissement de la muqueuse est épaissie et adhérente à la fois à la muqueuse et à la musculeuse ; on y rencontre quelques culs-de-sac glandulaires descendus profondément et formant le centre de petits amas de leucocytes venus se grouper autour d'eux.

La musculeuse est très épaissie, les principaux faisceaux, sont séparés par des traînées de cellules inflammatoires qui suivent le trajet des vaisseaux et dissocient complètement le muscle. Sous le péritoine et dans le muscle à son voisinage se rencontrent les lymphatiques nombreux, dilatés, et dont les plus grands contiennent des cellules polygonales volumineuses, d'aspect épithélioïde. Ces lymphathiques sont entourés d'une collection de petites cellules rondes disposées sur plusieurs rangs.

Les grosses cellules des lymphatiques sont très probablement constituées par des cellules endothéliales gonflées. M. Cornil après avoir examiné les préparations a conclu : « Vous pouvez affirmer ici qu'il ne s'agit pas de cancer ».

## OBSERVATION VIII

Huchard. — *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, 1899, p. 132.

Homme, forgeron, 60 ans, alcoolique et rhumatisant chronique, présentant depuis plus de 6 mois des signes de cirrhose

atrophique avec ascite, urines rares et uratiques, amaigrissement rapide, etc..

Il était de plus emphysémateux avec congestion pulmonaire double passive ; les artères étaient dures et athéromateuses, le cœur hypertrophié ; le premier bruit aortique est sec et parcheminé, le deuxième clangoreux. Quinze jours après son entrée il présente une dyspepsie considérable avec sensation de lame épigastrique et sous-stomacale, accès de paleur glaciale, œdème des membres inférieurs ; plus tard un peu d'albumine dans les urines et bruit de galop.

On pose le diagnostic d'artériosclérose généralisée.

Le 4 avril il succombait avec augmentation d'ascite, diminution des urines, quelques épistaxis, des crachements sanguinolents, de la dyspnée et enfin du subdélirium,

A l'autopsie : épanchement pleural droit, congestion et emphysème pulmonaire, cœur hypertrophié avec sclérose myocardique, plaques d'aortite subaiguë et d'aortite chronique ; foie granulé, atrophié, roux, rate volumineuse, rein lobulé se décortiquant difficilement. L'estomac lui-même n'a pas échappé au processus pathologique, avec toutes les altérations de la gastrite scléreuse et épaississement des parois accusé surtout au niveau du pylore, à ce point qu'on aurait pu croire à un carcinome ; l'examen histologique complet a montré qu'il s'agissait d'un simple épaississement scléreux du pylore.

## OBSERVATION XIV

Brissaud. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : *Semaine médicale*, 5 décembre 1900.

*Linite plastique ; pylorectomie. Guérison.*

Homme de 34 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, le 8 février 1900, pour des troubles gastriques, des vomissements, des douleurs abdominales. Il est maigre, chétif, d'une pâleur extrême; il a de l'œdème malléolaire.

Il a fait des excès d'alcool particulièrement d'absinthe depuis 13 ans, il est syphilitique depuis 6 ans.

Au commencement de 1899, il subit de terribles privations ; au mois de mars de la même année il entra à l'Hôtel-Dieu annexe pour jaunisse. Au mois d'août il eut pour la première fois des douleurs et des vomissements. Les vomissements survenaient à la suite de repas, soit immédiatement, soit après une ou deux heures ; ils étaient alors alimentaires ; d'autres fois ils étaient purement aqueux ou glaireux. Jamais d'hématémèses. Les douleurs survenaient après les repas, mais n'ont jamais eu le caractère des douleurs en broche. Jamais de melœna. Actuellement les vomissements sont incessants, l'estomac n'est pas dilaté, la constipation est presque absolue. Le malade pèse 45 kilogrammes (avec de l'œdème des membres inférieurs et un peu d'ascite). Il émet en 24 heures 580 centimètres cubes d'urine renfermant 4 gr. 95 d'urée sans sucre ni albumine. Sous l'influence du repos, du régime lacté, du cacodylate de

soude, le malade engraisse de 350 grammes en une semaine. Les douleurs et les vomissements ont cessé, mais ils recommencent le 20 mai à la suite d'un faible écart de régime.

L'examen de la région épigastrique permet de voir des ondes péristaltiques très nettes. L'estomac est légèrement dilaté.

Au palper on trouve dans la région pylorique une tuméfaction dure, difficile à délimiter, très peu mobile et non douloureuse.

La pylorectomie fut pratiquée le 5 juillet 1900. La masse indurée se prolongeait et il était impossible de l'enlever tout entière.

Le néoplasme excisé se présentait sous la forme d'un cylindre de 5 centimètres de longueur sur autant de diamètre. La consistance des parois rappelait celle du myome, puis du fibrome. Enfin la section longitudinale permettait de distinguer : la musculeuse, la celluleuse et la muqueuse, leur épaisseur atteignait dans son ensemble 2 cent. 1/2. La muqueuse ne présentait ni ulcération, ni érosion, ni ecchymose, ni végétation, ni bosselure.

L'examen histologique des coupes pratiqué par M. R. Monod a montré qu'il s'agissait de linite plastique. La muqueuse du pylore était presque absolument normale et saine ; la tumeur était simplement le fait d'une hypertrophie de la sous-muqueuse et de la musculeuse, celle-ci paraissait n'avoir été intéressée qu'en second lieu.

Deux points méritent d'être signalés : d'abord la pénétration dans la sous-muqueuse à travers la *muscularis mucosæ* de traînées de cellules épithélioïdes qui ne sont autres que des lymphatiques. L'autre particularité consiste en ceci : la couche sous-muqueuse est proportionnellement beaucoup plus hyper-

trophiée que la musculeuse ; elle est formée d'un tissu compact et elle adhère à la musculeuse dont elle sépare les faisceaux sans les atrophier, ces faisceaux sont même hypertrophiés. Dans la muqueuse, les culs-de-sac glandulaires sont normaux ; on note seulement une infiltration par places très abondantes d'éléments embryonnaires entre les produits des glandes pyloriques.

Le jour de l'opération (5 juillet) le malade pesait 40 kilogrammes ; son poids atteignait le 24 juillet 41 kilogrammes 200 ; le 31 juillet 43 kilogrammes 100 ; le 7 août 45 kilogrammes 300 ; le 15 novembre, 50 kilogrammes 620. Il souffre encore, mais n'a jamais vomi et mange de bon appétit sans observer aucun régime spécial.

## OBSERVATION XV (résumée).

(*In* Fischer, *Med. Rec.*, N. Y. 1900).

J... F... S..., âgé de 45 ans, se présente pour la première fois en avril 1899. Il présente des signes d'hypersécrétion acide, à type rémittent, datant de deux ans environ.

*Diagnostic.* — Hyperacidité. Spasme du pylore. Dilatation modérée.

Le 29 novembre 1899, l'examen après repas d'épreuve donne les résultats suivants : contenu gastrique très rance. HCL libre = 2, 3 pour 1000 ; acidité totale 112.

Opération. — Gastro-entérostomie Guérison.

## OBSERVATION XVI (Résumée).

*In* Hartmann et Soupault. *Revue de chirurgie*, 1899, I, p. 343).

*Gastrite ulcéreuse. Gastrosuccorrhée. Gastro-entérostomie. Guérison.*

E. V..., 35 ans, journalier.

Amaigrissement de 18 kilogrammes. Pas de dilatation.

Gastro-entérostomie postérieure le 14 février 1898. Disparition absolue des douleurs et rétablissement complet des fonctions gastriques. De 49 kilogrammes le poids remonte à 67 kilogrammes. Guérison maintenue en 1901 après 3 ans écoulés.

## OBSERVATION XVII

Doyen (Reims).

*Tumeur maligne de l'épiploon gastro-colique adhérente à la paroi abdominale, à l'estomac et au côlon. Laparotomie exploratrice. Mort ultérieure.*

Il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années qui présentait depuis plusieurs mois une tumeur de la région sus-ombilicale. Plusieurs poussées de péritonite accompagnées de vomissements bilieux et de douleurs excessivement aiguës avaient plongé le malade dans un état de cachexie

assez avancée. La tumeur du volume du poing et mobile profondément semblait dépendre de l'épiploon gastro-colique et adhérer à l'estomac dont on percevait la sonorité toute spéciale à la limite supérieure du néoplasme. L'adhérence à la paroi abdominale antérieure semblait assez intime.

*Opération.* — La tumeur fut détachée à grand peine du péritoine pariétal et des organes voisins. Développée dans l'épiploon gastro-colique elle avait envahi à la fois l'estomac et le côlon transverse. Un point semblait très aminci et avait été le point de départ d'une péritonite adhésive. Les adhérences étant beaucoup étendues et le pylore indemne on décida de refermer le ventre,

Conséquences de l'opération : fistules faisant communiquer la cavité stomacale avec l'extérieur. La malade succomba ultérieurement par cachexie cancéreuse.

## OBSERVATION XVIII

Doyen (Reims).

*Rétrécissement du pylore. Taille stomacale exploratrice. Pyloroplastie. Mort par adynamie le quinzième jour.*

Une malade, âgée de 55 ans, présentait tous les signes rationnels et objectifs d'un cancer du pylore. Malgré l'épaisseur assez grande des parois abdominales on percevait au-dessous du muscle droit contracturé comme un empâtement assez limité. Une légère hématémèse eut lieu le matin même de l'intervention.

L'état général était assez mauvais et la malade présentait depuis quelque temps des périodes d'hallucination et de délire.

Après l'incision des parois abdominales il fut impossible de découvrir la moindre tumeur, mais la sténose pylorique était évidente. Incision de l'estomac : aucune trace d'ulcération. Pyloroplastie.

Mort le quinzième jour dans l'adynamie.

# CONCLUSIONS

Comme nous le disions au commencement de cette thèse, par suite de la variabilité dans les symptômes du cancer de l'estomac, il est possible de méconnaître l'existence de ce cancer.

La clinique est bien souvent incapable de trancher la difficulté, et certains signes qui pour des auteurs avaient une valeur pathognomonique ont bien perdu de leur importance. « Lorsque, dit Trousseau, vous « êtes indécis sur la nature d'une maladie de l'esto- « mac, que vous hésitez entre une gastrite chronique, « un ulcère simple et un carcinome, une phlegmatia « alba dolens survenant à la jambe ou au bras fera « cesser votre indécision et il vous sera permis de « vous prononcer définitivement en faveur d'un can- « cer. » Cependant cette phlegmatia peut se rencontrer dans les gastrites atrophiques, dans les formes graves d'hyperchlorhydrie permanente, même à la dernière période de l'ulcère de l'estomac.

Il faudra donc pour établir un diagnostic ferme ne négliger aucun moyen d'investigation, faire soigneu-

sement le chimisme gastrique de ses malades et dans les cas encore douteux ne pas hésiter à recourir à la laparotomie exploratrice qui même dans certains cas sera incapable de trancher le différend.

---

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

*Andral.* — Clinique médicale, t. II, p. 59.

— Précis d'an. path., 1835, t. I.

*Auvray.* — Revue de chirurgie, 1897.

*Allen A. Jones.* — New-York med. Journal, 1893.

*Ballet.* — Bull. Soc. anat. de Paris, 1877.

*Bard.* — Anatomie générale des tumeurs. Archives de physiologie, 1885.

*Bérault.* — Hypertrophie chronique de l'estomac simulant un cancer. Bull. Soc. anat., 1847, t. XXII.

*Bouveret.* — Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1893.

*Boyer.* — Hypertrophie de la membrane musculeuse de l'estomac. Bull. Soc. anat., 1848, p. 49.

*Brandt.* — Die Stenose der Pylorus. Inaug. dissert. Erlangen, 1851.

*Bricheteau.* — Cliniques de l'hôpital Necker.

*Brinton.* — Traité des maladies de l'estomac. Traduction Riant, 1870.

*Brissaud.* — Semaine médicale, 1900, p. 415.

*Broca.* — Hypertrophie du pylore. Bull. Soc. anat., 1850, p. 207.

*Carrière.* — Hypertrophie partielle des parois de l'estomac. Bull. Soc. anat., 1863, p. 163.

*Chaput et Pilliet.* — Linite hypertrophique non cancéreuse. Bull. Soc. anat., 1896, p. 154. Obs. clin. id., p. 22.

*Chaput et Ættinger.* — Présentation de notre malade. Bull. et mém. Soc. de chirurgie, 3 juillet, 1901.

*Cornil et Ranvier.* — Manuel d'histologie pathologique, 1884, t. II.

*Damaschino.* — Leçons sur les maladies des voies digest., 1888.

*Debove et Remond.* — Traité des maladies de l'estomac.

*Doyen.* — Traité chirurgical des maladies de l'estomac, 1895.

*Dameuve.* — Thèse de Paris, 1889.

*Duplay.* — Archives de méd., 1833.

*Duvernay.* — Thèse de Paris, 1892.

*Dieulafoy.* — Académie de médecine, 1898.

*Max Einhorn.* — New-York medic. Press. 1888. Med Record, 1892.

*Fauvel.* — Bull. Soc. anat., 1858, p. 224.

*Frenoy.* — Faux cancers de l'estomac. Thèse Paris, 1896.

*Freeman Ward.* — New-York, 1900.

*Guelliot O.* — Faux cancer du pylore. Union médicale du Nord-Est, 1900, XXIV, p. 261 à 265.

*Habershon.* — Diseases of the stomach. London, 1869.

*Handfield Jones.* — Diseases of the stomach. London, 1855, p. 121.

*Hanot et Gombault.* — Etude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et

rétro-péritonite calleuse. Arch. génér. de physiologie, 1882.

*Hayem et Lyon.* — Article: Estomac. Traité de médecine et de thérapeutique, 1896, t. IV, p. 462.

*Huchard.* — Bull. médical, 1894, p. 243.

*Lebert.* — Anatomie pathologique, t. II, p 301.

*Letulle.* — Diagnostic du cancer de l'estomac. Presse médic., 15 juillet 1896.

*Leudet.* — Bull. Soc. Anat., 1852, p. 128.

*Gérard-Marchant et Demoulins.* — Sur les tumeurs et rétrécissements inflammatoires de la région pylorique de l'estomac et du segment iléo-cœcal de l'intestin. Revue de chirurgie abdominale et de gynécologie, 1899, p. 849.

*Mathieu.* — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, 1901, p. 713.

*Monprofit.* — Gastrectomie et gastro-entérostomie. Bull. Soc. chirurgie, mars 1898, p. 282.

*Monneret.* — Affection organique de l'estomac, du foie et du péritoine. Gaz. des hôpitaux, 1841, p. 469.

*Rendu.* — Leçons de clinique médicale, 1890, t. II, p. 10.

*Robin* (*Ch.*). — Cliniques de Trousseau, t. III, p. 74, édit. 1873.

*Robin* (*A*). — Traité des maladies de l'estomac, 1901.

*Schwartz.* — Linite probable du petit-cul-de-sac de l'estomac. Bull. et Mém. Soc. de chirurgie, 27 juillet 1898.

*Teissier.* — Lyon médical, 18 avril 1886.

*Terrier et Hartmann.* — Chirurgie de l'estomac.

*Tuffier.* — Traitement chirurgical du rétrécissement du pylore. Presse médicale, 9 février 1898.

---

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.